

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923 - 1924 — N° 126

FONCTIONNEMENT DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE PENDANT L'ANNÉE 1923

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 25 Juillet 1924

PAR

Clément-Joseph CAILLAULT

Né à CHAMPIGNY-LE-SEC (Vienne), le 23 Août 1896

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur.....	Président.
		CHAVANNAZ, professeur.....	
		PÉRY, agrégé.....	Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1924

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923 - 1924 — N° 126

FONCTIONNEMENT DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE PENDANT L'ANNÉE 1923

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 25 Juillet 1924

PAR

Clément-Joseph CAILLAULT

Né à CHAMPIGNY-LE-SEC (Vienne), le 23 Août 1896

Examineurs de la Thèse

{	MM. RIVIÈRE, professeur.....	} <i>Président.</i>
	CHAVANNAZ, professeur.....	
	PERY, agrégé.....	} <i>Juges.</i>
	JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

—
1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.



PROFESSEURS :

MM.

Clinique médicale.....	VERGER.
	CASSAËT.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.
	VILLAR.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.
Clinique d'accouchements.....	RIVIERE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique...	SABRAZÈS.
Anatomie.....	PICQUE.
Anatomie générale et histologie...	G. DUBREUIL.
Physiologie.....	PACHON.
Hygiène.....	AUCHE.
Médecine légale et déontologie...	LANDE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIE.
Chimie.....	CHELLE.
Botanique et matière médicale ...	BEILLE.
Pharmacie	DUPOUY.

MM.

Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	DENUCÉ.
Clinique gynécologique	BÉGOUIN.
Clinique médicale des maladies des enfants ...	MOUSSOUS.
Chimie biologique et médicale ...	DENIGÈS.
Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Clinique des maladies entanées et syphilitiques.	W. DUBREULH.
Pathologie ext. et chirurgie opérat. et expér.	GUYOT.
Clinique des maladies nerveuses et mentales ...	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURE.
Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénéréologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie et embryologie.....	VILLEMEN.
Histologie	LACOSTE.
Physiologie	DELAUNAY.
Anatomie pathologique	MURATET.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.
	N.
Physique biologique et médicale	RÉCHOU.
Chimie biologique et médicale.....	N.
	MAURIAU.
	LEURET.
Médecine générale.....	DUPERIÉ.
	GREYX.

MM.

Médecine générale.....	MICHELEAU
	BONNIN.
Maladies mentales.....	PERRENS.
	ROCHER.
Chirurgie générale	DUVERGEY
	PAPIN.
	JEANNENEY.
Obstétrique.....	PÉRY.
	FAUGÈRE.
Ophtalmologie	TEULIÈRE.
Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

MM.

Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.
Médecine opératoire.....	JEANNENEY.
Accouchements	PÉRY.
Ophtalmologie	CABANNES.
Puériculture	ANDÉRODIAS.

MM.

Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	LABAT.
Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Chimie analytique.....	N.
Hygiène appliquée	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ROCHER.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de mon affection
et de ma profonde reconnaissance.*

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON NEVEU

A MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

TOMBÉS PENDANT LA GUERRE

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAVREAU
CHEF DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RIVIÈRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Fonctionnement de la Clinique Obstétricale

pendant l'année 1923

INTRODUCTION

Nous tenons tout d'abord à remercier M. le Professeur RIVIÈRE de l'accueil bienveillant qu'il a bien voulu nous montrer dans son service, ainsi que de l'obligeance dont il nous a fait preuve en acceptant de présider cette thèse.

La statistique que nous avons faite dans son service est aussi fidèle que possible.

Nous avons seulement mentionnés le nombre des accouchements normaux, avec présentation de la tête.

Pour les autres présentations, ainsi que pour les dystocies, la pathologie fœtale et maternelle, nous avons résumé les observations principales, nous efforçant de faire de chaque cas un tableau clair et en indiquant toujours les résultats.

Dans la conclusion, nous nous sommes efforcés également d'indiquer les tendances nouvelles sans y insister.

Il nous semble que sur une aussi courte période qu'une année d'observation, le hasard de la statistique pouvait être trop favorable ou au contraire trop sévère à telle interven- ou à telle thérapeutique nouvelle.

Pour les acquisitions récentes et les méthodes nouvelles, nous nous efforcerons à rester à égale distance de tout engouement comme de tout scepticisme. C'est sur elles surtout que nous exercerons notre esprit critique.

Pensant, qu'en obstétrique comme en médecine générale, nous disposons quelquefois de la vie de nos malades, toujours de leur santé.

Au cours de notre carrière, nous n'oublierons pas le mot d'un de nos maîtres : « le malade n'a jamais tort ».

CHAPITRE I

Statistique générale.

Nombre de femmes entrées à la Maternité	746
Primipares.....	315
Multipares	431
Accouchements par les voies naturelles.....	739
(dont 8 gemellaires)	
Applications de forceps.....	67
Césariennes conservatrices.....	4
Césariennes avec hystérectomie.....	3
Mortalité maternelle.....	5
Enfants morts à la clinique.....	11

CHAPITRE II

Accouchements.

Présentations :

<i>Sommets</i>	717
Forceps.....	63
Basiotripsie.....	2
Césarienne.....	4
Césarienne avec hystérectomie.....	3
Accouchements spontanés.....	645
<i>Face</i>	2
Forceps.....	1
Basiotripsie.....	1
<i>Épaule</i>	4
Version par manœuvre interne.....	3
Embryotomie.....	1
Fœtus morts.....	2
<i>Siège</i>	15
Version par manœuvre externe.....	2
Accouchements spontanés.....	6
Abaissement prophylactique du pied.....	1
Forceps sur tête dernière.....	3
Fœtus morts.....	3
Manœuvre de Mauriceau.....	1

Dans cette statistique nous ne comptons pas les 8 grossesses gémellaires.

CHAPITRE III

Présentations anormales.

A) Présentation de la face.

(2 Observations).

OBSERVATION 340

Présentation de la face en M.I.G.P. Forceps en M.P. On cherche à compléter la déflexion de la tête.

On fait une prise mento-pubienne en maintenant la déflexion avec le doigt. *Enfant vivant.*

OBSERVATION 652

Entre à la Maternité quarante-huit heures après la dilatation complète. Au toucher on sent en arrière et à gauche la fontanelle antérieure et la partie antérieure de la suture sagittale; en avant et à droite l'arcade orbitaire. Bassin généralement rétréci. Tentative de forceps : prise correcte mais ne peut amener la descente. Essai de version par manœuvre interne. Les bruits du cœur fœtal n'étant plus perçus, on décide de faire *la basiotripsie*. L'état de la mère est assez bon. Le poulx un peu rapide.

B) Présentation de l'épaule.

(4 Observations).

OBSERVATION 15 (IX^e grossesse).

La malade entre à la Maternité en dilatation complète. On rupture la poche des eaux et on fait une version par manœuvre interne. *Enfant vivant.*

OBSERVATION 61 (III^e grossesse).

Présentation de l'épaule gauche en A.I.D. Version par manœuvre interne en S.I.G.A. Dystocie de la tête dernière retenue au détroit supérieur. Manœuvre de Champetier. *Enfant extrait mort.*

OBSERVATION 172 (III^e grossesse).

Présentation de l'épaule en A.I.G. dorso-antérieur. Bras gauche procident à la vulve. On tente la version par manœuvre interne sans succès. *On fait l'embryotomie.*

OBSERVATION 326 (VII^e grossesse).

Présentation de l'épaule en A.I.G. dorso-antérieur. Version par manœuvre interne. *Enfant vivant.*

C) Présentations du siège.

(15 Observations).

a) Siège complet. — 8 observations.

Version par manœuvre externe : 2 observations (662-193).

Accouchement normal : 3 observations (434-591-546).

Forceps tête dernière : 2 observations (102-46).

Fœtus mort et macéré : 1 observation (670).

b) Siège décomplété. — 7 observations.

Accouchement normal : 2 observations (580-668).

Forceps tête dernière : 1 observation (329).

Abaissement prophylactique du pied : 1 observation (380).

Manœuvre de Mauriceau : 1 observation (380).

Enfant mort et macéré : 2 observations (372).

CHAPITRE IV

A) **Dystocie utérine.**

(4 Observations).

OBSERVATION 161

Rétroversion de l'utérus.

La malade, après légère chute au début de sa grossesse, est prise de douleurs brusques et de vomissements. La douleur devient plus sourde. A l'examen, on sent une grosse masse dans le Douglas et on fait le diagnostic d'hématocèle. Puis la réduction spontanée se fait.

OBSERVATION 164

Grossesse angulaire.

Au deuxième mois de sa grossesse, la malade perd du sang et souffre du ventre. On fait le diagnostic d'avortement probable. Ces phénomènes disparaissent et la grossesse continue.

Au septième mois on sent une tumeur dans la corne droite. La tête fœtale est dans le cul-de-sac antérieur. Le col de l'utérus est repoussé à gauche et regarde la ligne
On porte le diagnostic de grossesse angulaire.

OBSERVATION 247

Fibromes.

VI^e grossesse. — Les trois premières grossesses sont normales. Quatrième et cinquième grossesse: avortement à 2 mois.

Sixième grossesse : à la palpation on sent une tumeur fibromateuse à droite. A gauche on sent le fœtus. Hémorragies légères et intermittentes. Crises d'hydrorrhée.

Accouchement prématuré à 6 mois 1/2. La réaction de Wassermann est négative. Fœtus : 1.200 grammes. Placenta : 500 grammes.

OBSERVATION 740.

Môle hydatiforme.

XIII^e grossesse. — Femme de 38 ans. Les deux dernières grossesses sont suivies d'avortement au quatrième mois.

Présente des pertes de sang noir avec caillots. Consulte un chirurgien qui pense à un avortement. Puis hémorragies considérables, douleurs expulsives, expulsion de caillots noirs puis d'une grosse masse qui contient un enfant.

Entrée à la Maternité, on fait un curage suivi d'un curetage prudent. Suites favorables. On lui conseille de se faire revoir tous les mois.

B) Dystocie du col de l'utérus.

(2 Observations).

OBSERVATION 114

III^e grossesse. — Présentation du siège. Version par manœuvre externe pendant la grossesse. Rigidité du col pendant le travail. Essai de dilatation manuelle sans résultat. On pratique l'incision du col (on fait trois incisions : antérieure, postérieure, latérale). *Enfant vivant.*

OBSERVATION 141

Primipare. — La dilatation du col reste à cinq francs depuis 6 heures. On fait une incision du col pour rigidité secondaire.

Deux grandes incisions : une incision antérieure sous le contrôle de la vue ; une incision postérieure en se guidant avec le doigt.

Les incisions ne se sont pas étendues vers le segment inférieur, mais une déchirure latérale gauche s'est constituée sur la moitié de la hauteur de la portion vaginale du col. Suture au catgut. *Enfant vivant.*

CHAPITRE V

Dystocie d'origine ovulaire.

A) Hydramnios.

(3 Observations.)

OBSERVATION 366

Hydramnios chez primipare. — Présentation en O.I.G.P. Accouchement normal. *Enfant meurt* 4 heures après l'accouchement. Placenta : 510 grammes. Fœtus : 3 kil. 400.

Wassermann négatif dans le sang même après réactivation. Traces d'albumine.

OBSERVATION 447

Hydramnios chez primipare. Présentation A.I.D. On fait la version podalique et un forceps sur tête dernière.

Enfant vivant. Wassermann négatif. Fœtus : 3 kil. 540. Placenta : 500 grammes.

OBSERVATION 702

III^e grossesse. — Deux fausses couches antérieures. Première grossesse en 1914. Wassermann + + + +. N'a pas été traitée. Traces d'albumine. Hydramnios. *Enfant vivant*. Fœtus : 4 kil. 200. Placenta : 630 grammes.

B) Insertion basse du placenta.

(4 Observations.)

OBSERVATION 32

Primipare. — Placenta prævia. Le placenta recouvre l'orifice interne du col. Légère hémorragie. On décide de provoquer l'accouchement avec ballon de Champetier. *Enfant vivant.*

OBSERVATION 110

Secondipare. — Insertion basse du placenta. La malade perd du sang depuis huit heures. On rupture la poche des eaux. Accouchement normal. *Enfant vivant.*

OBSERVATION 142

Primipare. — Insertion basse du placenta. Hémorragie abondante. Tête non engagée; on fait un forceps au détroit supérieur en O.I.G.A. Mère en bonne santé. *Enfant vivant.*

OBSERVATION 671

VII^e grossesse. — Les trois premières grossesses sont normales. Quatrième grossesse : avortement à 4 mois. Cinquième grossesse : accouchement prématuré à 7 mois. Sixième grossesse : accouchement prématuré à 6 mois. Septième grossesse : accouchement prématuré à 7 mois.

Le placenta vient affleurer le bord de l'orifice interne du col.

La malade, pendant toute sa grossesse, a présenté des hémorragies fréquentes.

Accouchement à terme d'un *enfant vivant*. Présentation céphalique. Accouchement spontané. Poids du fœtus : 3 k. 200. Poids du placenta : 450 grammes. Délivrance naturelle.

Suites de couches normales. *Enfant vivant.*

CHAPITRE VI

Dystocie d'origine pelvienne.

1^o. — Bassins rachitiques.

Légèrement rétrécis. (2 Observations.)

OBSERVATION 43

III^e grossesse. — Présentation en O.I.D.P. Les deux premières grossesses : accouchement spontané. Bassin généralement rétréci.

Troisième grossesse : accouchement spontané d'un fœtus de 3 kil. 200. *Enfant vivant.*

OBSERVATION 152

Primipare. — Bassin généralement rétréci. On ne sent pas de faux promontoire.

Accouchement spontané à terme d'un enfant pesant 3 k. 050. *Enfant vivant.*

Bassins rachitiques.

Moyennement rétrécis. (6 Observations.)

OBSERVATION 30

Primipare. — Bassin généralement rétréci. Faux promontoire à 10^{cm}5.

Grossesse gémellaire bivitelline. Deux présentations de la tête. Forceps en G.T. *Enfants vivants.* Poids des enfants : 2 kil. 300 et 2 kil. 150.

OBSERVATION 90

Primipare. — Bassin aplati et généralement rétréci. Accès sur toute la face antérieure du sacrum. Faux promontoire à 10^{cm}5. Forceps élevé en O.I.G.T.

Enfant vivant de 3 kil. 200.

OBSERVATION 170

II^e grossesse. — Bassin rétréci et aplati. Faux promontoire accessible à 10^{cm}5.

Première grossesse : forceps élevé, enfant mort. Deuxième grossesse : forceps élevé, présente un enfoncement en cuillère au niveau de la bosse frontale gauche. Rien dans le liquide céphalo-rachidien. Otorrhée légère. *Enfant vivant* de 3 kil. 250.

OBSERVATION 409

Secondipare. — Première grossesse : accouchement normal. Deuxième grossesse : malgré les contractions violentes, la tête ne s'engage pas. Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Première application de forceps, la tête ne progresse pas. Deuxième application, forceps glisse. Troisième application lorsque la tête franchit le détroit supérieur. Craquement luxation. Suites favorables. *Enfant vivant*.

OBSERVATION 675 bis

Primipare. — Bassin généralement rétréci. Promontoire accessible à 10^{cm}5.

Durée du travail : 36 heures. Enfant né en état de syncope. La ponction lombaire montre un liquide hématique.

Mort de l'enfant, qui présente à l'autopsie une hémorragie du ventricule latéral gauche.

OBSERVATION 688

Primipare. — Faux promontoire à 10^{cm}5. Accouchement à terme. Durée du travail : 20 heures. Application de forceps en droite transverse.

Enfant naît étonné ; a survécu.

Bassins rachitiques (*Suite*).

Très rétrécis. (4 Observations.)

OBSERVATION 105

V^e grossesse. — Première grossesse: fausse-couche à 4 mois. Deuxième grossesse: basiotripsie. Troisième grossesse: fausse-couche à 4 mois. Quatrième grossesse: césarienne, enfant bien portant. Cinquième grossesse: présentation de la tête; la tête débordé nettement la symphyse. Césarienne itérative *Enfant vivant*.

OBSERVATION 398

III^e grossesse. — Première grossesse: forceps à terme, enfant mort-né. Deuxième grossesse: accouchement à terme d'un enfant vivant mort deux jours après sa naissance.

Promontoire à 10^{cm}5. Deux applications de forceps sans résultat. *Basiotripsie*.

OBSERVATION 543

Primipare. — Bassin généralement rétréci. Promontoire à 9^{cm}2. Exostose assez tranchante au niveau du promontoire. La première sacrée est proéminente et couvre l'excavation.

Césarienne: *enfant vivant*. Suites favorables pour la mère.

OBSERVATION 654

III^e grossesse. — Bassin rétréci dans le sens antéro-postérieur. Promontoire à 9 centimètres.

Première grossesse: accouchement prématuré à 7 mois 1/2. *Enfant mort*.

Deuxième grossesse: forceps au détroit inférieur. Intervention pénible. *Enfant mort*.

Troisième grossesse: césarienne. *Enfant vivant*. Suites favorables pour la mère.

2° — **Luxation congénitale de la hanche.**

(1 Observation.)

OBSERVATION 541

Primipare. — Présentation en O.I.G.A. Accouchement normal et à terme d'un enfant pesant 3 kil. 200.

On sent le promontoire à 10^{cm}5. Mais la tête ne déborde pas la symphyse pubienne et s'engage facilement. Le travail dure 12 heures mais les contractions utérines sont fréquentes et la tête s'engage assez facilement. La mère quitte la Maternité le onzième jour, en bonne santé. *Enfant vivant.*

3° — **Bassin coxalgique.**

(1 Observation.)

OBSERVATION 699

Primipare. — Coxalgie droite. Tuberculose rénale. Accouche à terme d'un enfant pesant 3 kil. 400, sans intervention.

Pas de déformation notable du bassin. On ne sent pas le promontoire ni faux promontoire. En somme, coxalgie survenue tard, à 20 ans, ne laissant sur le bassin que peu de traces. Le travail dure 10 heures. La tête s'engage assez facilement et l'accouchement est spontané. *Enfant vivant.*

CHAPITRE VII

Dystocie ovulaire.

A) Procidence du cordon.

(2 Observations.)

OBSERVATION 465

Primipare. — Présentation céphalique. Procidence du cordon. Le fœtus souffrant, la dilatation étant complète, on tente la version.

L'abaissement du pied est facile, mais le fœtus tourne mal malgré les manœuvres externes. L'anesthésie étant plus poussée, on fait remonter la tête, et le fœtus évolue.

Le fœtus présente quelques battements cardiaques mais le tube de Ribemont ne peut amener les mouvements respiratoires. *Enfant mort.*

OBSERVATION 591

Primipare. — Siège complet. Procidence du cordon. Grande extraction suivie de rupture totale du périnée.

L'abaissement du pied postérieur est facile. On laisse pousser la femme; le siège et le front descendent bien, mais les épaules sont retenues, et malgré la manœuvre de Müller les bras ne peuvent être abaissés. On va chercher le bras postérieur; le bras antérieur ne vient que lorsqu'il a été transformé en postérieur. La tête franchit facilement la barrière périnéale. On constate une brèche du périnée. *Enfant vivant.*

B) Procidence d'un membre.

(2 Observations.)

OBSERVATION 172

III^e grossesse. — Présentation de l'épaule négligée en A.I.G.
Version par manœuvre interne sans succès.

Bras gauche procident à la vulve. On termine par *l'embryotomie*.

OBSERVATION 585

V^e grossesse. — Siège décomplété modé des fesses. Procidence d'une main et du pied antérieur.

On donne l'anesthésie au chloroforme, et l'accouchement par le siège se fait sans difficulté.

CHAPITRE VIII

États pathologiques.

1° — Albuminurie.

(3 Observations.)

OBSERVATION 158

Secondipare. — A présenté pendant sa grossesse des traces d'albumine. N'a pas suivi de régime. Accouchement à terme par forceps pour souffrances fœtales. Poids du placenta : 600 grammes. Poids du fœtus : 3 kil. 400.

Enfant vivant.

OBSERVATION 300

Primipare. — Présente pendant toute sa grossesse des traces d'albumine. N'a pas suivi de régime.

Accouchement à terme avec application de forceps pour souffrances fœtales. Poids du placenta : 550 grammes. Poids du fœtus : 3 kil. 200. *Enfant vivant.*

OBSERVATION 366

Primipare. — Présente de faibles traces d'albumine. N'a pas suivi de régime.

Hydramnios. Wassermann négatif dans le sang même après réactivation.

Poids du fœtus : 3 kil. 400. Poids du placenta : 510 grammes.

L'enfant meurt quatre heures après l'accouchement.

2^e — Éclampsie.

(5 Observations.)

OBSERVATION 380

Primipare. — Siège décomplété mode des fesses. Pas d'hydramnios. A l'examen des urines, on trouve 8 grammes d'albumine. Crise d'éclampsie pendant l'accouchement.

On fait l'abaissement prophylactique du pied, puis Mauriceau sur tête dernière. *Enfant bien portant.*

OBSERVATION 416

Primipare. — Entre à la Maternité quelques jours avant son accouchement. Présente 0^{gr}25 d'albumine dans ses urines. Crise d'éclampsie pendant l'accouchement.

Enfant mort-né.

OBSERVATION 420

Primipare. — L'analyse des urines signale 1^{gr}50 d'albumine. N'a pas suivi de régime. Au moment de son accouchement, présente une crise d'éclampsie. On fait une application de forceps pour hâter son accouchement. *Enfant vivant.*

OBSERVATION 523

Primipare. — Examen des urines : 0^{gr}25 d'albumine. Crise d'éclampsie au moment de l'accouchement.

On fait une prise de forceps dans l'excavation pour hâter l'accouchement. *Enfant mort.*

OBSERVATION 526

Primipare. — Trace d'albumine dans les urines. Crise d'éclampsie au moment de l'accouchement. Prise de forceps dans l'excavation. *Enfant vivant.*

3° — Syphilis.

(10 Observations.)

OBSERVATION 2

Secondipare. — Syphilis contractée en 1919 après le premier accouchement. La malade a reçu trois séries de novarsénobenzol au dispensaire. On lui fait une série de novarsénobenzol pendant sa grossesse.

Enfant né à terme et bien portant.

OBSERVATION 115

III^e grossesse. — Première grossesse : enfant né à terme et bien portant. Deuxième grossesse : enfant mort et macéré ; accouchement prématuré au sixième mois.

Troisième grossesse : entre à la Maternité en dilatation de cinq francs. Accouchement prématuré au huitième mois d'un *fœtus mort et macéré*. Réaction de Wassermann quatre fois positive.

OBSERVATION 155

IV^e grossesse. — Première grossesse en 1913 : enfant bien portant. Deuxième grossesse en 1916 : avortement à 3 mois. Troisième grossesse en 1919 : avortement à 1 mois. Quatrième grossesse : accouchement à terme ; l'enfant présente du pemphigus palmo-plantaire.

Réaction de Wassermann positive. N'a jamais subi de traitement. *Enfant vivant.*

OBSERVATION 432

Primipare. — Accouchement prématuré à 7 mois d'un *fœtus mort et macéré*. Réaction de Wassermann deux fois positive.

Poids du placenta : 590 grammes. Poids du fœtus : 2 kil. 500. N'a jamais été traitée.

OBSERVATION 568

Primipare. — Accouchement prématuré au sixième mois. *Fœtus mort et macéré* pesant 1 kil. Placenta : 300 grammes. Réaction de Wassermann positive.

OBSERVATION 673

Primipare. — Entrée à la Maternité au cinquième mois de sa grossesse. N'a jamais senti son enfant remuer.

Accouchement prématuré au sixième mois *d'un fœtus mort et macéré*. Réaction de Wassermann quatre fois positive.

OBSERVATION 693

Primipare. — *Fœtus mort et macéré*. Accouchement prématuré à 6 mois 1/2. Fœtus : 1 kil. 500. Placenta : 400 grammes.

Réaction de Wassermann quatre fois positive. N'a jamais reçu aucun traitement.

Mère sort de la Maternité en bonne santé.

OBSERVATION 698

Secondipare. — Première grossesse normale. Deuxième grossesse : réaction de Wassermann positive. On lui fait 9 injections de sulfarsénol.

Accouchement prématuré à 7 mois 1/2.

Enfant vivant.

OBSERVATION 702

III^e grossesse. — Première grossesse normale en 1914.

Deuxième grossesse : au sixième mois, accouchement prématuré d'un enfant mort et macéré.

Troisième grossesse : accouchement prématuré au septième mois *d'un enfant mort et macéré*.

Réaction de Wassermann quatre fois positive.

OBSERVATION 709

III^e grossesse. — Premier accouchement prématuré au sixième mois. Fœtus mort et macéré. Deuxième grossesse : accouchement prématuré à 7 mois 1/2 d'un fœtus mort et macéré. Troisième grossesse : on fait une série de sulfarsénol pendant la grossesse. Accouchement à terme *d'un enfant vivant*. Poids du fœtus : 2 kil. 700. Poids du placenta : 500 grammes.

Dans ce chapitre, nous n'avons relevé que les observations des femmes enceintes possédant un Wassermann positif dans le sang avant ou après réactivation.

4^e — Tuberculose pulmonaire.

(4 Observations.)

OBSERVATION 52

Secondipare. — Première grossesse : accouchement et suites de couches normaux. Deuxième grossesse : examen de l'appareil respiratoire révèle : craquements et respiration soufflante à droite et à gauche. Submatité aux deux sommets. Affaiblissement marqué pendant la grossesse. Température : 38°.

Transférée à Canolle.

OBSERVATION 373

Primipare. — Sommet droit estompé à la radio. A l'auscultation : craquements à droite et râles sous-crépitaux.

Accouchement normal ne semble pas trop affecter l'état pulmonaire de la malade. Pas de bacille de Koch dans les crachats. La température ne dépasse pas 37°5 jusqu'à la sortie de la Maternité, le douzième jour.

Enfant vivant.

OBSERVATION 550

Primipare. — Submatité du sommet gauche. Râles sous-crépitaux à droite et à gauche. Température : 37°8.

Bacilles de Koch dans les crachats. Forceps pour ne pas fatiguer la malade.

OBSERVATION 594

Primipare. — Craquements secs et diminution très nette du murmure vésiculaire. Les symptômes de tuberculose étant légers et l'état général bon, on laisse l'accouchement se faire.

Enfant vivant.

Ces malades n'ont pas été suivies ultérieurement.

CHAPITRE IX

Interventions obstétricales.

A) Pendant la grossesse.

1^o *Accouchements prématurés provoqués* : 2.

Enfants morts : 2.

OBSERVATION 10

Primipare. — Bassin généralement rétréci. Faux promontoire à 10^{cm}5.

On décide l'accouchement prématuré à 8 mois 1/2.

Tête fixée au détroit supérieur. Le ballon de Champetier n'amène pas de contractions suffisantes.

Application de forceps au détroit supérieur. Le col se dilate mal.

Les bruits du cœur de l'enfant, d'abord ralentis, ne sont plus perçus. L'enfant naît en état de mort apparente.

L'inspiration avec le tube de Ribemont amène quelques mouvements respiratoires, mais *l'enfant meurt* 2 heures après l'accouchement.

La ponction lombaire montre la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien.

OBSERVATION 354

Primipare. — Bassin généralement rétréci. Faux promontoire à 10^{cm}5.

On provoque l'accouchement 15 jours avant le terme. Ballon de Champetier et quinine.

Ralentissement des bruits du cœur du fœtus. Application de forceps. Extraction facile. *Enfant mort en naissant.*

2° Versions par manœuvres externes.

(2 Observations.)

OBSERVATION 112

Primipare. — Version par manœuvre externe dans un cas de bassin aplati.

Promontoire accessible à 10 3/4.

Accouchement normal. *Enfant vivant.*

OBSERVATION 370

X^e grossesse. — Les grossesses antérieures ont toutes été normales.

Présentation de l'épaule en A.I.G. On fait version par manœuvre externe et on ramène en siège.

Enfant vivant.

B) Pendant l'accouchement.

1° Forceps.

Nombre des applications..... 67

Primipares..... 52

Multipares..... 15

1° Au dessus du détroit supérieur..... 11

a) Bassins anormaux..... 0

b) Bassins normaux..... 11

Souffrance fœtale..... 11

Résultat :

Mortalité infantile..... 2

Mortalité maternelle..... nulle.

2° Dans l'excavation 28

Bassins anormaux 2

Bassins normaux 26

Pour tuberculose maternelle 2

Chez cardiaque..... 1

Pour insuffisance des contractions. 23

Résultat :

Mortalité infantile..... 4

Mortalité maternelle..... nulle.

3° A la vulve..... 28

Résistance du périnée et insuffisance des contractions 13

Souffrances fœtales 15

Résultat :

Mortalité infantile..... nulle.

Mortalité maternelle..... nulle.

2° Versions par manœuvres internes.

(3 Observations.)

OBSERVATION 20

IV^e grossesse. — Femme syphilitique. Les trois premières grossesses sont à terme mais les enfants sont morts dès les premiers jours.

Quatrième grossesse. — Souffrance du fœtus à la période de dilatation du col. Dilatation artificielle.

Latérocidence du cordon en arrière de la tête. On fait la version par manœuvre interne.

La recherche du pied et l'évolution du fœtus sont faciles, mais les bras se relèvent et leur abaissement est très difficile.

On termine l'accouchement par la manœuvre de Mauriceau.

Enfant mort-né. Mère survit.

OBSERVATION 193

III^e grossesse. — Hydramnios. Réaction de Wassermann négative. Pas d'albumine.

Fœtus présente des signes de souffrance. Présentation du

sommet. On tente la version par manœuvre interne. Recherche du pied et évolution facile ; Mauriceau sur tête dernière.

Enfant vivant.

OBSERVATION 303

Secondipare. — Procidence du cordon. On tente la version par manœuvre interne. Dystocie de la tête dernière.

Enfant mort.

3^o *Basiotripsie.*

(3 Observations.)

OBSERVATION 398

III^e grossesse. — Première grossesse : forceps à terme, enfant mort. Deuxième grossesse : prématuré de 7 mois, mort le deuxième jour. Bassin vicié. Promontoire à 10^{cm}5.

Troisième grossesse. La tête ne déborde pas la symphyse pubienne.

Première application de forceps au détroit supérieur : malgré les tractions prolongées, la tête ne progresse pas.

Deuxième application sans résultat ; on sent la tête buter contre l'arc antérieur. Les bruits du cœur fœtal ont disparu. On pratique la basiotripsie, et la tête broyée a peine à passer à travers le bassin. Les épaules sont sorties difficilement.

Déchirure au niveau du cul-de-sac latéral droit.

Fœtus de 3 kil. 490 sans matière cérébrale.

OBSERVATION 42

Voir *Hystérectomie.*

OBSERVATION 652

Secondipare. — Entrée à la Maternité en dilatation complète.

Au toucher on sent l'arcade orbitaire et, en arrière, la fontanelle antérieure, présentation faciale.

Bassin généralement rétréci avec promontoire à 9^{cm}5.

Forceps. Version par manœuvre interne sans succès. Les bruits du cœur fœtal n'étant plus perçus, on fait la basiotripsie.

Deux essais de basiotripsie échouent parce qu'on ne peut placer la deuxième branche. Troisième tentative est plus heureuse et on amène assez facilement le fœtus.

4^o Césariennes.

(5 Observations).

OBSERVATION 105 (*Césarienne itérative*).

V^e grossesse. — Deux fausses couches. La troisième grossesse s'est terminée par une basiotripsie.

Quatrième grossesse : césarienne le 25 janvier 1922, par M. le Professeur Rivière. Enfant pesant 2 kil. 700, bien portant.

Cinquième grossesse : bassin généralement rétréci. Promontoire à 9 centimètres. La tête déborde la symphyse pubienne.

Opérée le 23 février 1923 par M. le Professeur Rivière : laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. On constate sur l'utérus la cicatrice de l'hystérectomie antérieure. Cette cicatrice présente un léger amincissement.

Suture utérine en deux plans. Suture de la paroi en trois plans.

L'enfant naît étonné et survit. Suites opératoires favorables.

OBSERVATION 240

Primipare. — Luxation congénitale de la hanche. Atrésie marquée du vagin.

Promontoire à 10^{cm}5. Bassin petit dans son ensemble avec atrophie légère de sa moitié gauche. On suit facilement au doigt le D.S.

Intervention le 20 avril 1923 (MM. Lacouture, Boursier) : incision utérine tombe sur l'insertion placentaire; décollement de l'œuf en bloc.

L'enfant naît étonné et ne crie qu'après un quart d'heure.

Suture utérine en deux plans. Suture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires: légèrement fébriles, pertes fétides consécutives à vaginite granuleuse antérieurement constatée. L'utérus fait son involution lentement. *Enfant vivant.*

OBSERVATION 408

Primipare. — Présente des petites plaques surélevées dans la région des grandes lèvres et de la vulve et provoquent une augmentation de volume de toute la région vulvaire et périvulvaire.

Pour éviter l'infection par voie ascendante, on décide de faire une césarienne. On opère la poche des eaux étant encore intacte.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale.

L'enfant naît étonné.

On suture l'utérus en deux plans. La paroi est suturée en trois plans.

La température se maintient à 38°, avec frisson le troisième jour. On fait 60 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. L'état général s'améliore vers le quinzième jour. La tuméfaction prépubienne et le volume des grandes lèvres diminuent.

OBSERVATION 543

Primipare. — Bassin généralement rétréci. Vrai promontoire à 10^{cm}5. Faux promontoire à 9^{cm}2.

Exostose assez tranchante au niveau du promontoire.

La première sacrée est proéminente et couvre l'excavation. La symphyse est assez inclinée.

Laparotomie sus et sous-ombilicale. Incision utérine.

L'enfant naît étonné.

On suture l'utérus en deux plans. La paroi utérine est suturée en trois plans.

Les suites opératoires sont bonnes.

L'enfant, vivant, pèse 3 kil. 570.

OBSERVATION 654

III^e grossesse. — Première grossesse en 1913 : accouchement pénible au forceps; enfant né en état de mort apparente. Durée du travail : 23 heures.

Deuxième grossesse en 1920 : grossesse gémellaire; accouchement prématuré spontané à 8 mois de deux jumelles, pesant

1 kil. 800 et 2 kil. 100, la première morte à 1 an de méningite, la deuxième bien portante.

Examen du bassin : rétréci dans son sens antéro-postérieur. Promontoire à 9^{cm}5. Au-dessous on soupçonne un faux promontoire.

La tête déborde nettement la symphyse pubienne.

Après l'entrée en travail, la tête reste au-dessus du détroit supérieur et débordant nettement.

On décide l'opération césarienne faite par M. le Professeur Rivière : césarienne haute avec péritonisation sur la suture utérine.

L'incision de l'utérus est tombée directement sur le placenta et on a enlevé l'œuf en entier. Durée de l'intervention : 20'.

L'enfant respire dès le début mais ne crie qu'après 3 ou 4'.

La mère présente une teinte subictérique qu'on attribue au chloroforme. L'enfant est également subictérique.

Les suites opératoires sont bonnes. *Enfant vivant.*

Césarienne et Hystérectomie.

(4 Observations.)

OBSERVATION 247

Primipare. — A la palpation de l'abdomen, on sent une tumeur de la grosseur d'une orange s'énucléant au moment de la contraction. Bassin normal.

Les hémorragies et la palpation font porter le diagnostic de fibrome. On sent la tête du fœtus en bas et à gauche. A droite, tumeur dure, non douloureuse, du volume d'une tête fœtale.

A l'opération, on trouve un fibrome de la grosseur d'une tête fœtale inséré sur le bord droit de l'utérus. Le pédicule est court. Etant donné les adhérences qu'il présente sur les anses intestinales, on ne peut faire la myomectomie et on fait l'hystérectomie.

Enfant vivant pesant 3 kil. 350.

OBSERVATION 282

Secondipare. — Femme de 35 ans.

Au palper, on sent un fibrome dans la fosse iliaque droite, deux autres dans la partie gauche de l'utérus.

Epaississement considérable de la partie postérieure du segment inférieur.

Le fœtus prend la position transversale au moment du travail, malgré les bandages. Le travail, commencé le 9 mai à midi dure encore le 11. La poche des eaux s'insinue dans l'orifice cervical. On décide l'opération césarienne faite par le Docteur Lacouture. Incision de la paroi antérieure de l'utérus très amincie. L'œuf s'ouvre et jet de liquide. *Fœtus vivant qui crie aussitôt.*

On constate un épaississement considérable de la paroi postérieure de l'utérus sans tumeur fibreuse isolable, et on fait l'hystérectomie totale. Suites favorables.

OBSERVATION 421

Primipare. — Entre à la Clinique d'accouchements 48 heures après le début du travail, ayant déjà subi deux applications de forceps. La tête fœtale reste élevée au-dessus du détroit supérieur, malgré que le bassin paraisse normal.

À la palpation, on sent l'utérus en contraction permanente, présentant à la partie moyenne une dépression annulaire. Très visible au-dessous de cet anneau, on sent la tête fœtale très élevée et n'appuyant pas sur le bassin.

Au toucher profond, on suit au niveau du cou du fœtus un anneau de contraction et le cordon qui bat faiblement. On tente une nouvelle application de forceps sans résultat.

On fait la basiotripsie dans l'espoir de pouvoir abaisser les bras après le broiement de la tête. On peut ainsi abaisser un bras, mais tous les efforts échouent pour abaisser le deuxième bras. L'anneau reste aussi serré et l'utérus aussi irritable malgré le chloroforme et la morphine à haute dose. On est réduit à pratiquer l'hystérectomie subtotale.

Le passage de la tête et du bras abaissé à travers l'anneau persistant demande encore un grand effort.

La femme meurt ultérieurement.

CHAPITRE X

Pathologie des suites de couches.

A) Infection puerpérale.

(4 Observations.)

OBSERVATION 1

Secondipare. — Accouchement normal. Le quatrième jour, la température monte à 39°, le pouls à 110. Lochies fétides. Points douloureux au niveau de la corne utérine gauche.

Au neuvième jour, involution utérine normale.

Le onzième jour, expulsion d'un gros caillot.

Les jours suivants, amélioration de l'état général. Pouls et température redeviennent normaux.

OBSERVATION 88

II^e grossesse. — Accouchement normal. Le troisième jour, la température monte à 38°. Lochies fétides. Involution utérine normale.

Le sixième jour, la température et le pouls redeviennent normaux. Suites favorables.

La mère sort de la Maternité en bonne santé.

OBSERVATION 655

Primipare. — Présente de la vaginite granuleuse. Accouchement normal.

Episiotomie réparée par trois points.

Enfant pèse 2 kil. 840. Placenta, 400 grammes.

Les membranes sont complètes et le liquide amniotique normal.

Le troisième jour après l'accouchement, la température monte à 39° et la malade présente un frisson. La température baisse pendant deux jours puis, du sixième au neuvième jour, grandes oscillations de température, de 39° à 37°.

Le dixième jour, nouveau frisson. Température à 40°. On fait un abcès artificiel et on transfère la malade à Canolle, où elle meurt le 14 décembre.

Enfant vivant.

OBSERVATION 716

Primipare. — Accouchement normal. Délivrance naturelle. Cinq jours après son accouchement, présente une ascension de la température : 40°5 avec frisson; on lui fait 0^{gr}15 de novarsénobenzol. La température tombe à 39°; comme elle tend à remonter, on lui fait une nouvelle injection de 0^{gr}15 de novarsénobenzol. La température tombe définitivement et redevient normale. *Enfant vivant.*—

B) Abcès du sein.

(3 Observations).

OBSERVATION 52 bis

Primipare. — Accouchement normal. Le sixième jour, température 40°. Pouls 125.

Empâtement du sein droit au quart inféro-externe. Abcès évolue malgré le vaccin antistreptococcique de l'Institut Pasteur, mais l'évolution devient indolore. On incise et on draine. La suppuration dure un mois mais sans douleur.

La malade quitte la Maternité avec petite fistule et léger suintement. Enfant allaité artificiellement progresse normalement.

OBSERVATION 153

Primipare. — Accouchement normal. Gerçures au début de l'accouchement. Température monte au sixième jour à 38°. Trainées de lymphangite sur le sein gauche et adénopathie axillaire. Abscès du sein gauche. Transéatée à Canolle.

OBSERVATION 183

Secondipare. — Accouchement normal. Le huitième jour. température à 39°; pouls à 110. Lymphangite mammaire à gauche. Empâtement; pansement humide; un quart de vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur. Régression. Le onzième jour, lymphangite du sein droit; malgré vaccin et pansement humides, il se reforme un abcès au-dessus du mamelon droit.

On transéate la malade à Canolle.

C) Phlébite.

(1 Observation.)

OBSERVATION 218

Primipare. — Rhumatisme blennorragique polyarticulaire au septième mois de sa grossesse. Arthrite purulente du genou gauche. Ponction et lavage de l'articulation à Saint-André.

Ankylose du genou gauche et du poignet droit.

Accouchement et présentation normaux.

Le neuvième jour, ascension du pouls et de la température. Douleur spontanée et à la pression au niveau de l'aîne gauche. Elévation de la température : 38°.

Oedème de tout le membre inférieur gauche qui dure quinze jours. Quinze jours après la dernière élévation de la température, on mobilise légèrement. Transéatée en chirurgie pour son ankylose.

D) Lymphangite mammaire.

(17 Observations.)

Observations n° 53 bis, 152, 163, 183, 215, 223, 239, 274, 297, 320, 396, 405, 476, 479, 489, 491, 620.

CHAPITRE XI

Mortalité maternelle.

(5 Observations.)

OBSERVATION 287

Primipare, 26 ans. — Traces d'albumine. Régime lacté sans résultat. Pas de signe de Brightisme. Durée du travail : 5 h. Accouchement normal. Liquide amniotique abondant et purée de méconium.

Le deuxième jour, frisson. Expulsion de caillots volumineux. Jusqu'au cinquième jour, température à grandes oscillations: 37°, 40° et 41°. Le sixième jour, transée à Canolle. Meurt à Canolle.

OBSERVATION 421

Arrive à la Maternité ayant déjà subi deux applications de forceps pour inertie utérine. Le travail dure 48 heures. Le bassin paraît cependant normal.

L'utérus, en contraction permanente, présente à la partie moyenne un anneau de contraction visible à l'inspection.

A travers le segment inférieur, on sent la tête fœtale au-dessous de l'anneau, mais très élevée et n'appuyant pas sur le bassin. Au toucher profond, on sent contre le cou un paquet de cordon qui bat faiblement.

On tente une nouvelle application de forceps et, malgré la traction, la tête reste élevée.

On fait la basiotripsie pour pouvoir parvenir jusqu'aux épaules.

On abaisse un bras, mais l'autre reste inaccessible et ne peut être abaissé.

La morphine et le chloroforme à haute dose ne calment nullement les contractions et l'irritabilité de l'utérus.

On fait l'hystérectomie subtotale avec anesthésie au chloroforme. Vingt-quatre heures après l'opération, on constate un foyer de broncho-pneumonie à la base gauche et dilatation du cœur droit, qui emportent la malade 62 heures après le début de l'accouchement.

OBSERVATION 462

Primipare. — Pas d'albumine. Accouchement normal sans application de forceps. Légères éraillures à la vulve. Agraffes de Michel.

Dès le troisième jour après l'accouchement, le pouls monte à 120. Il y a à ce moment dissociation marquée entre le pouls et la température pendant trois jours. La température monte par la suite à 39°. On transéate la malade à Canolle, où elle meurt.

OBSERVATION 521

Secondipare. — Accouchement normal. Enfant pèse 2 k. 200. Placenta : 490 grammes. Membranes déchirées paraissant complètes.

Au cinquième jour, pouls et température montent à 130 et 39°. On transéate à Canolle où elle meurt.

OBSERVATION 655

Primipare. — Pas d'albumine. Présente à son entrée à la Maternité de la vaginite granuleuse. Durée du travail : 20 h.

Episiotomie réparée par trois points.

Délivrance naturelle avec membranes complètes.

Au quatrième jour, frisson. Le pouls reste à 100 et la température oscille de 38 à 39°.

Le onzième jour, nouveau frisson; le pouls monte à 120 et la température à 40°.

On fait abcès artificiel et injection.

Transéatée à Canolle, où elle meurt.

CHAPITRE XII

Pathologie du nouveau-né et mortalité infantile.

(11 Observations.)

OBSERVATION 38

Primipare. — Traces d'albumine : 0^{sr}10. Accouchement prématuré à 7 mois.

Réaction de Wassermann négative.

Fœtus pesant 1 kil. 600. Placenta : 380 grammes.

Accouchement normal. *Enfant meurt le lendemain.*

OBSERVATION 67

Primipare. — Forceps pour inertie utérine. Enfant pesant 3 kil. 300. Les contractions utérines s'arrêtent à la dilatation à cinq franes.

Le coccyx ne se laisse pas rétropulser. Après ingestion de quinine, contractions violentes, mais l'enfant ne s'engage pas. On termine par forceps en O.I.D.A. *Enfant meurt le dixième jour.*

OBSERVATION 71

Primipare. — Wassermann négatif. Mère paludéenne, sans accès de paludisme depuis plus d'un an.

Enfant né à terme, pèse 3 kil. 540.

Forcèps dans l'excavation.

Le nouveau-né présente: hématurie et mœlena considérables, *et meurt.*

OBSERVATION 137

I^{re} grossesse. — Accouchement normal. Dès le deuxième jour signe d'infection du cordon. Lymphangite légère. Ictère très accentué. Le quinzième jour, hémorragie ombilicale en jet qui n'est arrêtée que par les agraffes de Michel. *Meurt douze jours après.*

OBSERVATION 214

IV^e grossesse. — Grossesse gémellaire. Accouchement normal à terme.

Premier fœtus : présentation céphalique ; poids : 1 kil. 250. *Meurt le quatrième jour.*

Deuxième fœtus : présentation du siège ; poids : 2 kil. 050. *Survit.*

OBSERVATION 266

Primipare. — Durée du travail : 15 heures. Descente très rapide dans l'excavation. Dégagement dure 20 minutes.

Le fœtus, à l'auscultation, a présenté peu de signes de souffrances, mais naît en état d'asphyxie blanche.

Frictions alcoolisées. On enlève les mucosités. Insufflation avec le tube de Ribemont. L'enfant devient plus coloré, mais les inspirations sont rares, *et meurt.*

Nécropsie : lésion de broncho-pneumonie.

OBSERVATION 305

III^e grossesse. — Forceps au détroit supérieur en O.I.G.T., pour souffrances fœtales. Prise pénible, le pariétal antérieur restant au-dessus de la symphyse.

Enfant naît étonné et *meurt un mois après* sans lésion macroscopique.

OBSERVATION 366

Primipare. — Forceps au détroit supérieur pour inertie utérine. Présente grosse infiltration des membres inférieurs.

S'est beaucoup fatiguée pendant sa grossesse. Traces d'albumine sans signe de brightisme. Wassermann négatif. Fœtus pèse 3 kil. 400. Placenta, 325 grammes.

Enfant meurt vingt-quatre heures après l'accouchement.

OBSERVATION 405

Primipare. — Version par manœuvre externe au huitième mois. Dilatation normale. Les bruits du cœur sont ralentis pendant l'accouchement. Circulaire serrée autour du cou. Forceps dans l'excavation. Naît en état de mort apparente. *Meurt vingt-quatre heures après l'accouchement.* Ponction lombaire amène liquide céphalo-rachidien teinté de sang.

OBSERVATION 468

Primipare. — Hémorragie rétroplacentaire. Forceps élevé dans l'excavation pour inertie utérine.

Enfant meurt d'hémorragie méningée quarante-huit heures après l'accouchement.

OBSERVATION 744

Secondipare. — Wassermann positif. Accouchement prématuré à 8 mois 1/2. Poids du fœtus : 2 kil. 600. Placenta : 546 grammes.

Entre à la Maternité en dilatation complète.

Présente des vésicules de pemphigus sur le dos de la main et des pieds.

Mort le huitième jour avec syndrome cachectique.

CONCLUSION

Cette statistique montre une faible mortalité infantile.

La mortalité maternelle plus élevée est due surtout à l'infection puerpérale.

Nous noterons une tendance très heureuse, puisque toujours suivie de succès, de l'opération césarienne dans le cas de bassin très rétréci en particulier.

En résumé, montrer aux femmes enceintes qu'elles doivent être suivies par un accoucheur pendant leur grossesse, et leur appliquer une sage thérapeutique.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

MAURICE RIVIÈRE.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER .

Bordeaux, le 10 Juillet 1924.

Le Recteur de l'Académie

F. DUMAS.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	7
Statistique générale	9
Accouchements	10
a) Présentation de la face.....	11
b) Présentation de l'épaule.....	11
c) Présentation du siège	12
Dystocie utérine.....	13
Dystocie du col de l'utérus	14
Dystocie d'origine ovulaire.....	15
Dystocie d'origine pelvienne	17
1° Bassins rachitiques	17
2° Luxation congénitale de la hanche.....	20
3° Bassin coxalgique.....	20
Dystocie ovulaire.....	21
a) Procidence du cordon.....	21
b) Procidence d'un membre	22
États pathologiques.....	23
1° Albuminurie.....	23
2° Éclampsie.....	24
3° Syphilis.....	25
4° Tuberculose	27

	Pages
Interventions obstétricales.....	29
Accouchements prématurés provoqués.....	29
Versions par manœuvres externes.....	30
Forceps.....	30
Versions par manœuvres internes.....	31
Basiotripsie.....	32
Césariennes.....	33
Césariennes et hystérectomie.....	35
Pathologie des suites de couches.....	37
<i>a)</i> Infection puerpérale.....	37
<i>b)</i> Absès du sein.....	38
<i>c)</i> Phlébite.....	39
<i>d)</i> Lymphangite mammaire.....	39
Mortalité maternelle.....	40
Pathologie du nouveau-né et mortalité infantile.....	42
Conclusion.....	45

